

Ca lâm sàng trên cho thấy siêu âm hạn chế trong chẩn đoán TAPVC thể hỗn hợp, MSCT cho cái nhìn toàn diện và hình ảnh 3D về đường đi tĩnh mạch phổi.

## V. KẾT LUẬN

TAPVC hay gặp gặp ở tuổi sơ sinh. Dị tật kèm theo hay gặp nhất là thông liên nhĩ, đặc biệt trường hợp thể trên tim. Trong 33 đối tượng nghiên cứu: 100% bệnh nhân được chẩn đoán xác định chính xác trên siêu âm và MSCT. Trong chẩn đoán thể bệnh, chẩn đoán đường đi, vị trí đổ về, chẩn đoán hẹp và tắc nghẽn, vị trí hẹp và tắc nghẽn MSCT chẩn đoán chính xác 100%, còn siêu âm còn có vài trường hợp sai. Siêu âm tim -> lựa chọn đầu tay, có thể làm cấp cứu tại giường -> có thể giới hạn ở một số trường hợp do trường quan sát nhỏ. MSCT: đánh giá vị trí đổ về của tĩnh mạch thẳng, đánh giá tắc nghẽn tĩnh mạch thẳng, đánh giá tuần hoàn phụ trong trường hợp tắc nghẽn tĩnh mạch thẳng. Nhược điểm duy nhất của MSCT là liều chiếu xạ.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, MSCT có giá trị cao hơn siêu âm về mọi mặt. MSCT đánh giá TAPVC chính xác trong chẩn đoán xác định, đánh giá tổn thương kèm theo, đánh giá tắc nghẽn, vị trí tắc nghẽn >> lập kế hoạch điều trị phẫu thuật. Đặc biệt với thể dưới tim, chẩn đoán vị trí đổ về và vị trí tắc nghẽn trên siêu âm còn nhiều trở ngại, tỷ lệ sai sót nhiều hơn so với MSCT.

**Đề xuất:** Sử dụng MSCT trong chẩn đoán TAPVC, đặc biệt thể dưới tim.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Abuhamad, A. & Chaoui, R.** A practical guide to fetal echocardiography: normal and abnormal

- hearts. (Lippincott Williams & Wilkins, 2010).
2. **Epifanio, P., Emanuel Amaral, M. & Moreira, A.** Total anomalous pulmonary venous return. *Rev Port Cardiol* 35 (2016).
  3. **Yanagawa, B. et al.** Primary sutureless repair for "simple" total anomalous pulmonary venous connection: midterm results in a single institution. *The Journal of thoracic and cardiovascular surgery* 141, 1346-1354 (2011).
  4. **Michielon, G. et al.** Total anomalous pulmonary venous connection: long-term appraisal with evolving technical solutions. *European journal of cardio-thoracic surgery* 22, 184-191 (2002).
  5. **Nguyễn, M. H. et al.** Kết quả phẫu thuật bắt thường hồi lưu tĩnh mạch phổi về tim hoàn toàn với phương pháp "không khâu chỉ" tại Bệnh viện Nhi Đồng 1. (2021).
  6. **Harada, T., Nakano, T., Oda, S. & Kado, H.** Surgical results of total anomalous pulmonary venous connection repair in 256 patients. *Interactive cardiovascular and thoracic surgery* 28, 421-426 (2019).
  7. **Osama, A.** Role of multi-slice CT angiography in the evaluation of pulmonary venous anomalies. *The Egyptian Journal of Radiology and Nuclear Medicine* 44, 193-201 (2013).
  8. **Jiang, L. et al.** Preoperative evaluation of anomalous pulmonary venous connection using dual-source computed tomography: Comparison with echocardiography. *European Journal of Radiology* 94, 107-114 (2017).
  9. **Enaba, M. M., Hasan, D. I., Alsowey, A. M. & Elsayed, H.** Multidetector computed tomography (CT) in evaluation of congenital cyanotic heart diseases. *Polish Journal of Radiology* 82, 645 (2017).
  10. **Xu, Z., Yu, J., Li, X., Chen, D., Luo, Y. & Peng, L.** Evaluation of anomalous pulmonary venous connection: comparison between dual-source CT and echocardiography. *Sheng wu yi xue Gong Cheng xue za zhi= Journal of Biomedical Engineering= Shengwu Yixue Gongchengxue Zazhi* 30, 272-277, 311 (2013).

## SO SÁNH HIỆU QUẢ GIẢM ĐAU NGOÀI MÀNG CỨNG BỆNH NHÂN TỰ ĐIỀU KHIỂN BẰNG HỖN HỢP ROPIVACAIN – FENTANYL VỚI BUPIVACAIN - FENTANYL SAU PHẪU THUẬT BỤNG

Nguyễn Tiến Đức<sup>1</sup>, Phan Anh Trâm<sup>2</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** So sánh hiệu quả giảm đau sau mổ của phương pháp gây tê ngoài màng cứng bệnh nhân

<sup>1</sup>Bệnh viện K

<sup>2</sup>Bệnh viện Hữu Nghị Đa khoa Nghệ An

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Tiến Đức

Email: ducgiangbs@yahoo.com

Ngày nhận bài: 5.9.2024

Ngày phản biện khoa học: 14.10.2024

Ngày duyệt bài: 15.11.2024

tự điều khiển bằng hỗn hợp ropivacain 0,125% - fentanyl 2µg/ml (nhóm RF) với bupivacain 0,125% - fentanyl 2µg/ml (nhóm BF) sau phẫu thuật bụng. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu can thiệp lâm sàng, so sánh có đối chứng trên 82 bệnh nhân dùng phương pháp giảm đau PCEA sau phẫu thuật mở ổ bụng vùng trên rốn tại Bệnh viện Hữu Nghị đa khoa Nghệ An từ tháng 2/2022 đến tháng 8/2022. **Kết quả:** Trung bình điểm VAS lúc nghỉ thời điểm H<sub>0</sub>/H<sub>0.5</sub> nhóm RF là 6,29±1,03/1,83±0,67, nhóm BF là 6,17±0,83/ 1,73±0,59 trong khi lúc vận động tương ứng là 6,66 ± 0,94/3,41 ± 0,92 và 6,59 ± 0,89/ 3,44 ± 0,86. Tổng số lần bấm yêu cầu giảm đau

nhóm RF là  $19,71 \pm 8,91$  nhiều hơn nhóm BF  $18,71 \pm 5,55$ . Số lần bấm trong 3 ngày ít nhất là 10 lần, nhiều nhất là 43 lần. Trung bình tỷ lệ số lần yêu cầu giảm đau thành công của nhóm sử dụng BF cao hơn so với nhóm sử dụng RF. Thời gian trung tiện sau mổ và thời gian nằm viện sau mổ nhóm sử dụng BF là  $40,56 \pm 4,19/8,95 \pm 1,34$  tương ứng nhóm RF là  $39,63 \pm 3,84/8,46 \pm 1,38$ . Mức độ rất hài lòng của nhóm BF là 65,9% và RF là 75,6%. **Kết luận:** Giảm đau sau mổ ropivacain 0,125% - fentanyl 2µg/ml và bupivacain 0,125% - fentanyl 2µg/ml có hiệu quả cao và tương đương nhau khi nghỉ và vận động. Thời gian trung tiện sau mổ và thời gian nằm viện sau mổ nhóm BF đều cao hơn nhóm sử dụng RF. Mức độ rất hài lòng của nhóm ropivacain cao hơn bupivacain. Cả hai nhóm đều đạt mức hài lòng trở lên.

**Từ khóa:** giảm đau ngoài màng cứng bệnh nhân tự điều khiển, ropivacain, bupivacain.

## SUMMARY

### COMPARISON OF THE ANALGESIC EFFICACY OF PATIENT-CONTROLLED EPIDURAL ANALGESIA USING ROPIVACAINE—FENTANYL VERSUS BUPIVACAINE—FENTANYL AFTER ABDOMINAL SURGERY

**Objective:** To compare the postoperative analgesic efficacy of patient-controlled epidural analgesia using a mixture of 0.125% ropivacaine - 2 µg/ml fentanyl (RF group) versus 0.125% bupivacaine - 2 µg/ml fentanyl (BF group) after abdominal surgery. **Subjects and Methods:** This is a controlled clinical intervention study involving 82 patients using PCEA for postoperative pain relief after upper abdominal surgery at Nghe An General Friendship Hospital from February 2022 to August 2022. **Results:** The average VAS score at rest at H0/H0.5 in the RF group was  $6.29 \pm 1.03/1.83 \pm 0.67$ , while in the BF group it was  $6.17 \pm 0.83/1.73 \pm 0.59$ . During movement, the corresponding scores were  $6.66 \pm 0.94/3.41 \pm 0.92$  in the RF group and  $6.59 \pm 0.89/3.44 \pm 0.86$  in the BF group. The total number of analgesic requests in the RF group was  $19.71 \pm 8.91$ , which was higher than in the BF group ( $18.71 \pm 5.55$ ). The number of requests over 3 days ranged from a minimum of 10 to a maximum of 43. The average rate of successful pain relief requests was higher in the BF group compared to the RF group. Postoperative time to first bowel movement and postoperative hospital stay were  $40.56 \pm 4.19$  hours/ $8.95 \pm 1.34$  days for the BF group and  $39.63 \pm 3.84$  hours/ $8.46 \pm 1.38$  days for the RF group. The rate of very high satisfaction in the BF group was 65.9%, while it was 75.6% in the RF group. **Conclusion:** Postoperative pain relief with 0.125% ropivacaine - 2 µg/ml fentanyl and 0.125% bupivacaine - 2 µg/ml fentanyl is highly effective and comparable at rest and during movement. The time to first bowel movement and postoperative hospital stay were longer in the BF group than in the RF group. The level of very high satisfaction was higher in the ropivacaine group than in the bupivacaine group. Both groups achieved at least a satisfactory level of satisfaction. **Keywords:** patient-controlled epidural analgesia, ropivacain, bupivacain.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Giảm đau sau mổ luôn là vấn đề các bác sỹ gây mê hồi sức cũng như ngoại khoa đã, đang và luôn luôn quan tâm. Đau làm nặng nề tâm lý cho bệnh nhân khi phải chấp nhận phẫu thuật. Phẫu thuật vùng bụng gây đau và ảnh hưởng chức năng cơ quan: ức chế hoạt động cơ hoành do đau, làm hạn chế hô hấp dẫn đến hậu quả suy hô hấp, nhiễm trùng đường hô hấp, xẹp phổi, gây rối loạn về tuần hoàn, nội tiết, tăng quá trình viêm[7]... từ đó làm kéo dài thời gian nằm viện, tăng chi phí điều trị và có thể dẫn tới tử vong. Như vậy, giảm đau sau phẫu thuật hạn chế phản ứng bất lợi của cơ thể, giúp bệnh nhân có thể nhanh chóng lấy lại cân bằng tâm lý, sinh lý sau những biến động lớn của phẫu thuật, hỗ trợ trong việc phục hồi sức khỏe sau phẫu thuật[6]. Gây tê ngoài màng cứng (epidural anesthesia) là phương pháp giảm đau hiệu quả, đạt được mức giảm đau sau mổ ổn định kéo dài, đặc biệt trong phẫu thuật có mức độ đau nhiều như phẫu thuật mở vùng ngực, vùng bụng[3]. Giảm đau bệnh nhân tự điều khiển đường ngoài màng cứng (Patient Controlled Epidural Analgesia - PCEA) giúp tối ưu hóa giảm đau bằng việc cung cấp thuốc giảm đau đường ngoài màng cứng theo yêu cầu của bệnh nhân đồng thời cố gắng giảm thiểu tác dụng phụ của thuốc giảm đau, đem lại sự hài lòng của bệnh nhân hơn so với gây tê ngoài màng cứng liên tục CEI (Continuous epidural infusion). Ở nước ngoài, nhiều nghiên cứu so sánh bupivacain với ropivacain khi phối hợp fentanyl để giảm đau sau mổ PCEA ở các liều lượng khác nhau[4] Trong nước đã có một số nghiên cứu tương tự[2], nhưng chưa có nghiên cứu so sánh về hiệu quả giảm đau NMC bệnh nhân tự điều khiển (PCEA) bằng hỗn hợp ropivacain 0,125% với bupivacain 0,125% cho phẫu thuật mở vùng bụng khi phối hợp cùng fentanyl 2µg/ml. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu "So sánh hiệu quả giảm đau ngoài màng cứng bệnh nhân tự điều khiển bằng hỗn hợp ropivacain - fentanyl với bupivacain - fentanyl sau phẫu thuật bụng" nhằm so sánh hiệu quả giảm đau sau mổ trên đối tượng bệnh nhân này.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**2.1. Đối tượng nghiên cứu:** 82 bệnh nhân dùng giảm đau sau mổ với phương pháp gây tê ngoài màng cứng bệnh nhân tự điều khiển bằng hỗn hợp Ropivacain 0,125%-Fentanyl 2µg/ml với Bupivacain 0,125%-Fentanyl 2µg/ml sau phẫu thuật bụng vùng trên rốn tại Bệnh viện Hữu Nghị đa khoa Nghệ An từ tháng 2/2022 đến tháng

8/2022.

- **Tiêu chuẩn lựa chọn:** Bệnh nhân thỏa mãn các điều kiện sau:

+ Bệnh nhân mổ kế hoạch, tuổi từ 18 trở lên, phân loại ASA I, II,III đồng ý tiến hành phương pháp giảm đau PCEA.

+ Bệnh nhân tri giác tốt, không có bệnh lý về giảm hay mất trí nhớ, không có chống chỉ định với gây tê NMC, không có tiền sử dị ứng thuốc tê nhóm amid, họ morphin...

+ Bệnh nhân biết sử dụng máy PCA sau khi hướng dẫn

- **Tiêu chuẩn loại trừ:**

+ Bệnh nhân có bất thường về chức năng gan thận, không đặt được catheter ngoài màng cứng ngực.

+ Bệnh nhân có biến chứng trong phẫu thuật, gây mê, rối loạn nhận thức sau mổ.

**2.2. Phương pháp nghiên cứu**

- Thiết kế nghiên cứu: nghiên cứu can thiệp lâm sàng, so sánh có đối chứng.

- Cỡ mẫu: nghiên cứu 82 bệnh nhân phân ngẫu nhiên vào hai nhóm Nhóm BF: PCEA hỗn hợp bupivacain 0,125%+Fentanyl 2µg/ml, Nhóm RF: PCEA hỗn hợp ropivacain 0,125%+Fentanyl 2µg/ml

- Các biến số nghiên cứu:

+ Điểm VAS lúc nghỉ, lúc vận động tại các thời điểm từ H<sub>0</sub> đến H<sub>72</sub>

+ Số lần bấm yêu cầu giải cứu đau (D) và số lần yêu cầu thành công (A), tỉ lệ yêu cầu thành công (A/D)

+ Thời gian trung tiện và nằm viện sau mổ, mức độ hài lòng của bệnh nhân.

- Thu thập và xử lý số liệu: Thu thập số liệu ở các thời điểm khác nhau và được ghi lại trong mẫu bệnh án nghiên cứu theo trình tự thời gian

(trước gây mê, ngay trước khi khởi mê, trong mổ, sau mổ (H<sub>0</sub>: Thời điểm sau khi rút ống NKQ, H<sub>0,25</sub>: Sau tiêm giảm đau 15 phút...), xử lý bằng phần mềm SPSS 22.0

**III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**

Trong nghiên cứu của chúng tôi có 82 bệnh nhân chia làm hai nhóm mỗi nhóm 41 bệnh nhân phân ngẫu nhiên. Nhóm BF: PCEA hỗn hợp Bupivacain 0,125%+Fentanyl 2µg/ml, Nhóm RF: PCEA hỗn hợp Ropivacain 0,125%+Fentanyl 2µg/ml.

**Bảng 1. Đánh giá mức độ đau theo VAS lúc nghỉ**

Thời điểm	Điểm VAS khi nghỉ		p
	Nhóm RF (X̄±SD)(n=41)	Nhóm BF (X̄±SD)(n=41)	
H <sub>0</sub>	6,29 ± 1,03*	6,17±0,83*	>0,05
H <sub>0.5</sub>	1,83±0,67	1,73±0,59	>0,05
H <sub>24</sub>	1,07±0,82	1,05±0,74	>0,05
H <sub>72</sub>	0,90±0,83	0,95±0,76	>0,05

**Nhận xét:** Trung bình mức độ đau VAS lúc nghỉ giữa 2 nhóm không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê

**Bảng 2. Đánh giá mức độ đau theo VAS lúc vận động**

Thời điểm	Điểm VAS khi vận động		p
	Nhóm RF (X̄±SD)(n=41)	Nhóm BF (X̄±SD)(n=41)	
H <sub>0</sub>	6,66 ± 0,94*	6,59 ± 0,89*	>0,05
H <sub>0.5</sub>	3,41 ± 0,92	3,44 ± 0,86	>0,05
H <sub>24</sub>	2,68±0,65	2,78 ± 0,76	>0,05
H <sub>72</sub>	2,34±0,48	2,44 ± 0,55	>0,05

**Nhận xét:** Trung bình mức độ đau VAS lúc vận động ở nhóm RF có giá trị thấp hơn so với nhóm BF, nhưng sự khác biệt giữa 2 nhóm không có ý nghĩa thống kê.

**Bảng 3. Số lần bấm yêu cầu của hai nhóm (D)**

Thời điểm sau mổ	Nhóm	Nhóm RF (n= 41)	Nhóm BF (n= 41)	Chung (n= 82)	p
0 - 24h	X̄±SD	5,29 ± 1,96	5 ±1,45	5,15 ± 1,72	> 0,05
	min-max	3-9	2-8	2-9	
24h - 48h	X̄±SD	6,68 ± 3,46	6,39 ± 1,7	6,54 ± 2,17	> 0,05
	min-max	3-16	4-11	3-16	
48h - 72h	X̄±SD	7,73 ± 3,94	7,32 ± 2,71	7,52 ± 3,36	> 0,05
	min-max	3-18	3-16	3-18	
Tổng 72h	X̄±SD	19,71 ± 8,91	18,71 ± 5,55	19,21 ± 7,39	> 0,05
	min-max	10-43	10-33	10-43	

**Nhận xét:** Tổng số lần bấm yêu cầu giảm đau nhóm RF là 19,71 ± 8,91 nhiều hơn nhóm BF 18,71 ± 5,55. Số lần bấm trong 3 ngày ít nhất là 10 lần, nhiều nhất là 43 lần.

**Bảng 4. Tỷ lệ A/D của hai nhóm nghiên cứu**

Thời điểm sau mổ	Nhóm	Nhóm RF (n= 41)	Nhóm BF (n= 41)	Chung (n= 82)	p
0 - 24h	X̄±SD	98,8 ± 3,5	98,4 ± 4,8	98,8 ± 4,1	> 0,05

	min-max	88 - 100	80 -100	80 -100	
24h - 48h	X±SD	96,8 ± 7,3	97,4 ± 5,3	0,971±0,063	> 0,05
	min-max	73 -100	80 -100	73 -100	
48h - 72h	X±SD	95,7 ± 7,4	96,5 ± 6,8	96,1 ± 7,1	> 0,05
	min-max	80 -100	80 -100	80 -100	

**Nhận xét:** Trung bình tỷ lệ số lần yêu cầu giảm đau thành công của nhóm sử dụng BF cao hơn so với nhóm sử dụng RF.

**Bảng 5. Thời gian trung tiện và thời gian nằm viện**

Thời gian		Nhóm	Nhóm RF (n= 41)	Nhóm BF (n= 41)	Chung (n= 82)	p
Thời gian trung tiện (giờ)	X±SD		39,63±3,84	40,56±4,19	40,09±4,03	> 0,05
	min-max		34-51	35-51	34-51	
Thời gian nằm viện sau mổ (ngày)	X±SD		8,46±1,38	8,95±1,34	8,71±1,37	> 0,05
	min-max		7-13	7-11	7-13	

**Nhận xét:** Thời gian nằm viện sau mổ và thời gian trung tiện sau mổ nhóm sử dụng BF đều cao hơn nhóm sử dụng RF.

**Bảng 6. Đánh giá mức độ hài lòng người bệnh**

Mức độ		Nhóm RF (n=41)	Nhóm BF (n=41)	p
Rất hài lòng	Số lượng	31	27	>0,05
	Tỷ lệ (%)	75,6%	65,9%	
Hài lòng	Số lượng	10	14	
	Tỷ lệ (%)	24,4%	34,1%	

**Nhận xét:** Mức độ hài lòng của hai nhóm nghiên cứu ở hai nhóm BF và RF không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ( $p > 0,05$ ).

#### IV. BÀN LUẬN

**4.1. Hiệu quả giảm đau theo thang điểm VAS.** Điểm VAS ở thời điểm H0 trung bình lúc nghỉ của nhóm RF là  $6,29 \pm 1,03$ , BF là  $6,17 \pm 0,83$ . Điểm VAS ở cả hai nhóm nghiên cứu sau khi tiêm thuốc giảm đau vào khoang ngoài màng cứng đều giảm nhiều so với thời điểm H0. Cả hai nhóm đều đạt hiệu quả giảm đau tốt, điểm VAS giảm dần và đến thời điểm H0,5 đã đạt mức  $< 2$ .

Điểm VAS trung bình lúc vận động của cả hai nhóm lúc vận động đều giảm xuống so với thời điểm H0. Tại các thời điểm nghiên cứu sau khi sử dụng giảm đau sau phẫu thuật trung bình điểm VAS lúc vận động của nhóm RF luôn thấp hơn nhóm BF ( $p > 0,05$ ). Phân tích dọc theo nhóm thấy điểm VAS giảm dần theo thời gian nghiên cứu của hai nhóm và thấp hơn thời điểm H0 ( $p < 0,05$ ). Tại thời điểm H0,5 trung bình điểm VAS ở hai nhóm  $< 4$ , điều này cho thấy cả hai nhóm đều có hiệu quả giảm đau rất tốt.

Phẫu thuật xâm lấn vùng bụng trên gây bệnh nhân đau nhiều sau phẫu thuật. Đau, hạn chế vận động, làm tăng hoạt hóa hệ thần kinh trung ương, nội tiết, chuyển hóa thông qua cơ chế viêm và cơ chế đông máu, làm cơ thể tăng dị hóa, giảm đồng hóa do đó gây nên nguy cơ

thiếu máu cơ tim, tắc mạch, nhồi máu, nhiễm trùng sau phẫu thuật, suy giảm chức năng phổi, viêm phổi do đau bệnh nhân hạn chế thở... qua đó làm tăng nguy cơ tử vong sau phẫu thuật. Giảm đau sau phẫu thuật đường NMC ngực, tác giả Manion[5] đã cho thấy hiệu quả giảm đau tốt hơn đường dùng toàn thân, đảm bảo giảm đau tốt trong phẫu thuật ngực bụng, giảm biến chứng phổi, giảm phản ứng dị hóa, tăng đồng hóa... làm giảm tỷ lệ tử vong, tăng hồi phục sức khỏe sau phẫu thuật.

Như vậy nghiên cứu của chúng tôi cho thấy hiệu quả giảm đau sau phẫu thuật ở hai nhóm nghiên cứu BF và RF không có sự khác biệt ( $p > 0,05$ ) ở các thời điểm nghiên cứu lúc nghỉ, lúc vận động, lúc ho. Cả hai nhóm nghiên cứu đều đạt hiệu quả giảm đau tốt sau khi tiêm thuốc giảm đau vào khoang NMC ngực và đảm bảo ổn định hiệu quả giảm đau duy trì trong suốt 72h sau phẫu thuật bằng PCTEA.

**4.2. Đặc điểm thông số PCEA.** Trung bình số lần bấm yêu cầu của nhóm RF cao hơn ở nhóm BF, số lần bấm yêu cầu thấp nhất ở ngày thứ nhất và tăng lên ở ngày thứ 2 và ngày thứ 3 sau phẫu thuật.

Tỷ lệ A/D của cả hai nhóm nghiên cứu đều trên 90%, tỷ lệ A/D ở nhóm BF luôn cao hơn so với nhóm RF. Tỷ lệ A/D là tỷ lệ giữa số lần thực sự có bơm thuốc vào vào bệnh nhân trên tổng số lần bấm yêu cầu. Tỷ lệ này phản ánh mức độ đau, đồng thời là hiệu quả giảm đau cũng như tính hợp lý các thông số cài đặt trên PCEA. Giá trị lý tưởng có thể đạt được là 100%. Nghiên cứu chúng tôi cả hai nhóm đều có tỷ lệ A/D lớn hơn 90%, điều này cho thấy mức độ giảm đau hai nhóm đạt hiệu quả.

**4.3. Phục hồi sau phẫu thuật.** Thời gian trung tiện không có sự khác biệt ( $p > 0,05$ ). Nghiên cứu của chúng tôi đối tượng phẫu thuật tăng bụng trên, bao gồm phẫu thuật cắt gan,

phẫu thuật tá tụy, lấy sỏi đường mật. Can thiệp phẫu thuật trong nghiên cứu ít trường hợp tác động lên hệ thống lưu thông tiêu hóa. Kết quả của chúng tôi tương đương kết quả của tác giả Cao Thị Anh Đào[8] trung bình là 44.18h, thấp hơn kết quả của tác giả Nguyễn Trung Kiên[1] ở nhóm PCEA là  $58.4 \pm 7$  giờ, đối tượng nghiên cứu chủ yếu phẫu thuật cắt dạ dày (66.7%), là phẫu thuật tác động lên lưu thông tiêu hóa nên thời gian trung tiện dài hơn.

Theo Manion[5], giảm đau đường NMC ngực gây ức chế giao cảm ngực được chứng minh có lợi ích với hệ tiêu hóa, làm giảm thời gian liệt ruột, tăng lưu lượng máu tới ruột và ngăn ngừa giảm pH acid trong tế bào niêm mạc dạ dày sau phẫu thuật bụng, tăng nhu động dạ dày, ruột vì sự ngăn chặn kích thích thần kinh hướng tâm và dẫn truyền ly tâm của thần kinh giao cảm ngực - lưng. Qua đó làm tăng khả năng phục hồi chức năng hệ tiêu hóa.

Thời gian nằm viện trung bình của nhóm RF thấp hơn của nhóm BF. Thời gian nằm viện phụ thuộc vào sự phát triển trình độ phẫu thuật viên, thời điểm nằm viện (từng năm), từng bệnh viện và từng quốc gia khác nhau. Ngoài ra vấn đề chăm sóc và dinh dưỡng sau mổ cũng tác động lớn đến thời gian nằm viện của bệnh nhân.

Tỷ lệ hài lòng người bệnh nhóm RF cao hơn nhóm BF. Cả hai nhóm đều đạt mức độ hài lòng và rất hài lòng, không có trường hợp nào ở mức độ không hài lòng và rất không hài lòng, điều này chứng minh cả hai phương pháp đem lại hiệu quả giảm đau tốt cho người bệnh sau mổ.

## V. KẾT LUẬN

- Giảm đau sau mổ ropivacain 0,125% - fentanyl 2 $\mu$ g/ml và bupivacain 0,125% - fentanyl

2 $\mu$ g/ml có hiệu quả cao và tương đương nhau khi nghỉ và vận động.

- Trung bình tỷ lệ số lần yêu cầu giảm đau thành công của nhóm sử dụng BF cao hơn so với nhóm sử dụng RF.

- Thời gian nằm viện sau mổ và thời gian trung tiện sau mổ nhóm sử dụng BF đều cao hơn nhóm sử dụng RF.

- Mức độ rất hài lòng của nhóm ropivacain cao hơn bupivacain. Cả hai nhóm đều đạt mức hài lòng trở lên.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Trung Kiên (2014): Nghiên cứu hiệu quả giảm đau đường ngoài màng cứng ngực bằng hỗn hợp bupivacain-fentanyl do bệnh nhân tự điều khiển sau mổ vùng bụng trên ở người cao tuổi, Viện nghiên cứu khoa học Y Dược lâm sàng 108.
2. Trần Đức Tiệp (2017): "So sánh ropivacain - fentanyl và bupivacain - fentanyl để giảm đau sau mổ cắt tử cung hoàn toàn qua catheter ngoài màng cứng bệnh nhân tự điều khiển". Tạp chí y học dự phòng. tập 27.2(190) 177.
3. Grass, J.A. (2005): "Patient-controlled analgesia". Anesthesia & Analgesia, 101(5S), S44-S61.
4. Kulkarni A., Gupta A., Shah S.B, et al. (2018). A comparative study of ropivacaine and bupivacaine with fentanyl for postoperative patient-controlled epidural analgesia after major abdominal oncosurgery. J Curr Oncol, 1(2), 66.
5. Manion S.C., Brennan T.J., và Riou B. (2011). Thoracic Epidural Analgesia and Acute Pain Management. Anesthesiology. 115(1). 181-188
6. Nimmo, S. M., & Harrington, L. S. (2014). What is the role of epidural analgesia in abdominal surgery? "Continuing Education in Anaesthesia". Critical Care & Pain. 14(5). 224-229.
7. Shah. S., Vaishali. K., Prasad. S. S., & Babu. A. S. (2021). Altered patterns of abdominal muscle activation during forced exhalation following elective laparotomy: An experimental research. Annals of Medicine and Surgery, 61, 198-204.

## KẾT QUẢ BƯỚC ĐẦU SỬ DỤNG KHÁNG SINH DỰ PHÒNG TẠI KHOA NGOẠI TỔNG HỢP - BỆNH VIỆN ĐA KHOA TỈNH YÊN BÁI

Trần Thanh An<sup>1</sup>, Trần Lan Anh<sup>1</sup>, Diêm Sơn<sup>1</sup>, Nguyễn Mạnh Chiến<sup>1</sup>, Hoàng Thị Hậu<sup>1</sup>, Trần Thị Quế Chi<sup>1</sup>

### TÓM TẮT

**Đặt vấn đề:** Đánh giá kết quả bước đầu sử dụng kháng sinh dự phòng (KSDP) trong phẫu thuật sạch

<sup>1</sup>Bệnh viện Đa khoa tỉnh Yên Bái

Chịu trách nhiệm chính: Trần Thanh An

Email: trananbs@gmail.com

Ngày nhận bài: 5.9.2024

Ngày phản biện khoa học: 14.10.2024

Ngày duyệt bài: 15.11.2024

tại khoa Ngoại tổng hợp - Bệnh viện đa khoa tỉnh Yên Bái. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu hồi cứu kết hợp tiền cứu mô tả cắt ngang 191 bệnh nhân thực hiện phẫu thuật nội soi (PTNS) cắt túi mật và PTNS thoát vị bẹn ở 2 giai đoạn: Giai đoạn 1 từ 08/2022 - 06/2023 (85 BN) và Giai đoạn 2 từ 08/2023 - 06/2024 (106 BN) sau khi triển khai sử dụng kháng sinh dự phòng. **Kết quả:** Sự khác biệt giữa 2 giai đoạn về độ tuổi, giới tính, thang điểm ASA không có ý nghĩa thống kê ( $p > 0,05$ ). Giai đoạn 1: 100% sử dụng KS kéo dài sau PT, ở nhóm PTNS cắt